

Гарелик П.В., Дубровицк О.И.,  
Довнар И.С., Жемойтяк Р.Р.

## **ЛАПАРОСТОМИЯ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРИТОНИТОВ**

/ Гродно /

Одной из наиболее важных проблем в лечении гнойных перитонитов является эффективная санация брюшной полости, неадекватность которой приводит к развитию эндотоксикоза и, как следствие, синдрома полиорганной недостаточности.

По данным литературы повторные лапаротомии в связи с прогрессированием гнойно-септических процессов приходится выполнять в 26,9-60,8% случаев (Г.А.Александрович и соавт., 1989). Летальность при этом достигает от 15% до 45%.

Ранняя диагностика прогрессирования перитонита, своевременное решение вопроса о повторном оперативном вмешательстве и определении рациональной лечебной тактики позволили снизить в последние годы летальность у этой сложной категории больных.

Однако вопрос об оптимальных способах санации брюшной полости при перитонитах, особенно при прогрессировании гнойно-воспалительных процессов, после первой санации остается дискуссионным.

Метод лапаростомии в комплексном лечении гнойных перитонитов получает все большее распространение и, судя по данным литературы, является методом выбора.

В клинике общей хирургии лапаростомия применяется в системе лечения тяжелых распространенных гнойных перитонитов независимо от этиологии и патогенеза.

Мы проанализировали результаты лечения больных, в системе лечения которых пришлось прибегнуть к релапаротомии за 1996-1997 г.г.

Из 800 больных, оперированных в экстренном порядке и 1071 — в плановом, релапаротомии подвергнуты 18 (1,03%). Возраст больных был от 19 до 76 лет. Мужчин — 14, женщин — 4.

У 5 больных выполнены неотложные релапаротомии, без наложения лапаростом, в связи с развившимися следующими осложнениями: нагноение кисты поджелудочной железы — 1, кишечная непроходимость — 1, внутрибрюшное кровотечение — 1, геморрагический панкреонекроз — 2.

У 13 больных в системе лечения применялись этапные программированные санации брюшной полости в условиях лапаростомы. Среди осложнений, приведших к необходимости наложения лапаростомы, были следующие: геморрагический

прогрессирующий панкреонекроз — 4, тазовые и межкишечные абсцессы — 2.

У 7 больных гнойный перитонит развился после оперативных вмешательств на органах брюшной полости. Причинами были: несостоятельность швов на желудке и кишечнике — 3, истечение желчи из ложа холедоха при деструктивных холециститах — 3, травма брюшной полости с разрывом печени и желчного пузыря — 1. Объем хирургического вмешательства включал санацию брюшной полости, удаление гнойных очагов, дренирование брюшной полости по общепринятым принципам, назоинтестинальную интубацию кишечника.

Для временного закрытия брюшной полости использовали полихлорвиниловые микроиригаторы, проводимые троакарном или иглой с ушком через все слои краев лапаростомной раны, в виде П-образных швов. С целью защиты салника и петель кишечника, последние покрывали салфеткой с эмульсией синтомицина или фламизина, которую сменяли при каждой повторной санации. Края раны сближали на расстояние 4-5 см и трубки завязывали. Количество повторных санаций и сроки открытого ведения брюшной полости зависят от особенностей течения перитонита и индивидуальны в каждом конкретном случае. В исследуемой группе больных количество санаций было от 2 до 8. Санации проводили преимущественно под внутривенным обезболиванием или по показаниям, под эндотрахеальным наркозом. Для промывания брюшной полости использовали раствор фурациллина (1:5000), гипохлорита натрия или 0,05% водный раствор хлоргексидина.

Метод открытого ведения больных с прогрессирующим тяжелым перитонитом в условиях лапаростомы позволил добиться эффекта в лечении 8 больных из 13, умерло — 5, летальность составила 38,5%.

Таким образом, следует заключить, что применение этапных программированных санаций брюшной полости в условиях лапаростомы способствует улучшению результатов лечения этой сложной и тяжелой категории больных.